
ESCLEROSIS MÚLTIPLE

PLAN DE CUIDADOS

Facultad de Ciencias de la Salud

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2019/2020

Trabajo fin de grado



ESTUDIANTE
MELISSA GUERRERO TARÍ

TUTORA
MARÍA LORETO MACIÁ SOLER

Alicante, 26 de Mayo 2020

Agradecimientos

Este trabajo ha sido elaborado durante la cuarentena debido al Coronavirus (Covid-19). Han sido unos meses en los que a todo el mundo nos ha invadido el miedo, la incertidumbre y el sufrimiento. No ha sido fácil llevar a cabo el presente trabajo durante este tiempo, a causa de todos los sentimientos negativos que surgían generados por esta pandemia.

Por lo que, en primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora Maria Loreto Maciá Soler por todo el apoyo que he recibido durante este proceso. Sus palabras de ánimo han hecho que no pierda la ilusión. También quiero dar las gracias a mis familiares y amistades por estar a mi lado (algunas haciendo grandes esfuerzos para poder ayudarme). Con ellas y ellos todo ha sido más fácil.

MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN	4
1.1 Abstract	5
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1 Fisiopatología de la Esclerosis Múltiple	6
2.1.1 Signos y síntomas al comienzo de la enfermedad	7
2.1.2 Signos y síntomas durante el transcurso de la enfermedad.....	8
2.2 Diagnóstico de la enfermedad.....	9
2.3 Prevalencia e incidencia.....	9
2.4 Mortalidad.....	10
2.5 Cuidados de enfermería	11
3. OBJETIVOS	12
4. METODOLOGÍA	12
4.1. Estrategia de búsqueda.....	12
5. RESULTADOS	12
5.1. Documentos seleccionados	12
5.2. Información extraída de las guías	13
5.3 Plan de cuidados.....	15
5.3.1 Evaluación.....	15
5.4 Desarrollo del plan de cuidados	16
5.4.1 Presentación del caso	16
5.4.2 Elaboración del plan de cuidados.....	16
5.5 Primera visita	16
5.6 Segunda visita	19
5.7 Tercera visita	20
5.8 Cuarta visita	21
5.9 Visitas sucesivas.....	22
6. DISCUSIÓN	23
7. CONCLUSIÓN.....	23
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
9. ANEXOS	27

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla nº1: Tipos de fatiga	8
Tabla nº2: Documentos seleccionados	12
Tabla nº3: Planificación de cuidados	18
Tabla nº4: Planificación de cuidados	19
Tabla nº5: Planificación de cuidados	20
Tabla nº6: Beneficios de la autonomía del paciente	21
Tabla nº7: Instrucciones para la administración de medicación por vía parenteral ...	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1: Cursos clínicos de la Esclerosis Múltiple.	7
Figura nº2: Formas en las que se presenta la Esclerosis Múltiple.	7
Figura nº3: Factores clínicos pronósticos de la Esclerosis Múltiple.....	9
Figura nº4: Prevalencia global de la Esclerosis Múltiple	10
Figura nº5: Tasa de mortalidad anual de la Esclerosis Múltiple en España.....	11
Figura nº6: Escala Eva de dolor.....	27
Figura nº7: Escala Goldberg	28
Figura nº8: Cuestionario de Apgar familiar	29
Figura nº9: Escala Branden.....	30

1. RESUMEN

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad progresiva e incapacitante. Las personas que la sufren se tienen que enfrentar a una gran variedad de dificultades a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Los síntomas que padecen no solo son físicos, sino también lo son a nivel psicológico, emocional, social, laboral y familiar. La persona que sufre esclerosis múltiple necesita el cuidado de un grupo de profesionales interdisciplinar en el que se encuentra el personal de enfermería. El objeto de este estudio es conocer la enfermedad y cómo afecta a las personas que la sufren, haciendo especial mención a los cuidados que se llevarán a cabo.

Se propone un Plan de Cuidados de enfermería orientado a controlar los síntomas de la enfermedad y guiar a una paciente a la que le acaban de diagnosticar Esclerosis Múltiple para que así pueda tener una buena calidad de vida. Los cuidados se extraen después de la evaluación del paciente mediante escalas de valoración que aportan información sobre su estado y así poder ofrecer los cuidados adecuados y necesarios.

Para la realización de este trabajo, se han consultado guías relacionadas en la bibliografía además de la información encontrada en las bases de datos.

Palabras clave: Esclerosis Múltiple, Enfermería, Cuidados de enfermería.

1.1. Abstract

Multiple Sclerosis is a progressive and disabling disease. People who suffer it have to face a great variety of difficulties throughout the whole process of the disease. The symptoms they suffer are not only physical but also psychological, emotional, social, work and family. The person who suffers from multiple sclerosis needs the care of an interdisciplinary group of professionals in which nursing is found. The aim of this study is to find out about the disease and how it affects people who suffer from it, making special mention of the care that will be provided.

A Nursing Care Plan is proposed, aimed at controlling the symptoms of the disease and guiding a patient who has just been diagnosed with Multiple Sclerosis so that she can have a good quality of life. The care is extracted after the evaluation of the patient by means of assessment scales that provide information about their condition and thus be able to offer the appropriate and necessary care.

In order to carry out this work, we have consulted guides related in the bibliography as well as the information found in the databases.

Keywords: Multiple Sclerosis, Nursing, Nursing care.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Fisiopatología de la Esclerosis Múltiple

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune y crónica que afecta al sistema nervioso central (SNC); se produce por la desmielinización de los axones de las células nerviosas dejando en muchas ocasiones esclerosis (cicatrices). Cuando la mielina se destruye los nervios no son capaces de conducir los impulsos eléctricos que provienen o van al cerebro.

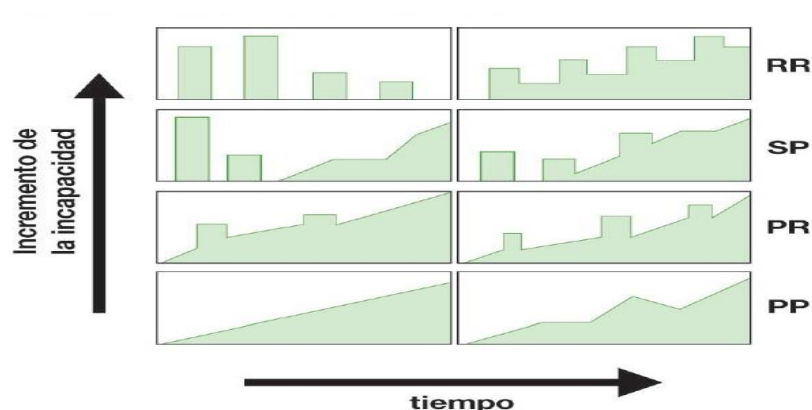
Aunque se puede llevar a cabo la remielinización se ha comprobado que en los pacientes con EM no es posible. A pesar de que esta enfermedad se produce por la pérdida de mielina, se ha constatado que el daño neurológico irreversible que sufren estos pacientes lo provoca el daño y la pérdida axonal. (1)

La EM suele cursar con brotes. Son manifestaciones neurológicas que duran al menos 24 horas, debido a nuevas lesiones. Cuando aparecen nuevos síntomas neurológicos en los 30 días siguientes se considera que forman parte de la recaída. Los brotes pueden ser uni o bilaterales (si se trata de una o varias lesiones) y mono o multisintomáticos (uno o más síntomas). (2)

Esta enfermedad puede evolucionar de diferentes maneras:

- **Remitente recurrente:** el paciente presenta brotes con una recuperación parcial seguidos de periodos de estabilidad. es el más frecuente (85% de los pacientes). Inicio entre los 25-29 años.
- **Progresiva primaria:** deterioro físico continuado desde el principio de la enfermedad. Inicio entre los 35-39 años. Esta forma de evolución es igual o más frecuente en hombre que en mujeres y se da en el 10% de los enfermos.
- **Progresiva secundaria:** después de una fase con brotes irregulares, presenta una fase engañosa.
- **Progresiva recurrente:** se alternan los sucesos agudos y el progreso continuo de la EM. Infrecuente pero muy grave.

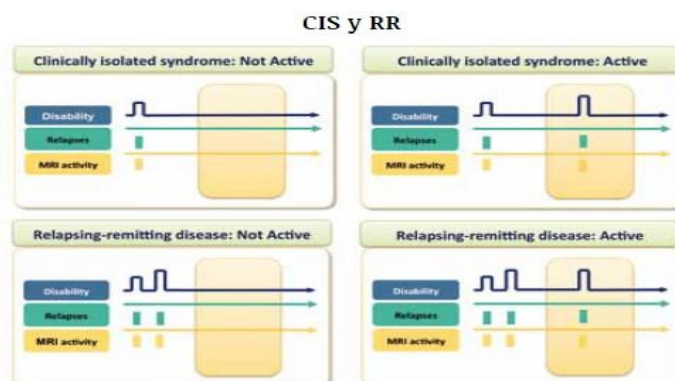
Figura n°1: Cursos clínicos de la Esclerosis Múltiple.



Fuente: Ministerio de sanidad y servicios sociales. (2)

Además, también es importante destacar que se diferencian dos formas activas y dos no activas como muestra la siguiente figura. (3)

Figura n°2: Formas en las que se presenta la Esclerosis Múltiple.



Fuente: Federación de asociaciones de esclerosis múltiple de Andalucía. (3)

2.1.1 Signos y síntomas al comienzo de la enfermedad

- **Alteración de la sensibilidad:** es el síntoma más común en los comienzos de la enfermedad. Alteraciones sensitivas que pueden llegar a ser una anestesia completa.
- **Alteración motora:** pérdida de fuerza, temblores y problemas en la deambulación.
- **Disfunción del tronco cerebral:** se puede presentar de diferentes maneras como dificultad para articular palabras (disartria), dificultades para tragar (disfagia) o vértigo.
- **Alteraciones visuales:** disminución de la agudeza visual, dolor ocular, visión doble (diplopia).

- **Función digestiva:** estreñimiento/ diarrea (se presenta en un 30%).
- **Vitalidad:** tanto física como psíquica.
- **Función vesical:** se ve alterada en la gran mayoría de las personas con EM (90%). Entre las alteraciones que aparecen encontramos la incontinencia urinaria, el rebosamiento o las infecciones.

2.1.2 Signos y síntomas durante el transcurso de la enfermedad

- **Fatiga:** es uno de los síntomas que más se repite en las personas con EM que lleva a un alto grado de incapacidad. Cabe destacar que el cansancio que sufren no es atribuible a la actividad desarrollada en ese momento.

Tabla nº1: Tipos de fatiga

Tipos de fatiga relacionados con la EM		
Fatiga relacionada con problemas de movilidad	Fatiga relacionada con problemas respiratorios	Fatiga primaria de la EM
Suele aparecer en personas con debilidad en las piernas.	Se suele aplicar a personas que se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad	Si la fatiga no está relacionada con ninguno de los tipos anteriores

- **Dolor:** la mitad de las personas que sufren esta enfermedad sufren este síntoma.
- **Espasticidad:** provoca grandes dificultades para la realización de las actividades físicas de la vida diaria (ABVD). Suele ir acompañado de espasmos musculares.
- **Signo de Lhermitte:** sensación de calambre en la espalda (en la gran mayoría de las ocasiones ocurre en la zona lumbar) que puede irradiarse a las extremidades inferiores cuando la persona inclina el cuello hacia delante
- **Pérdida de funciones cognitivas:** se produce por la neurodegeneración. Los daños más frecuentes son la memoria, la capacidad de atención, la fluidez verbal, el razonamiento y la percepción de la visión espacial.
- **Problemas psicológicos:** en muchas ocasiones, las personas con EM sufren depresión debido a la enfermedad.
- **Alteración del sueño:** es más común en pacientes que sufren esta enfermedad que el resto de la población (27%-54%). (4)

A continuación, se muestra una imagen en la cual se muestra los factores clínicos pronósticos de esta enfermedad.

Figura nº3: Factores clínicos pronósticos de la Esclerosis Múltiple.

	Marcadores clínicos de Buen Pronóstico	Marcadores clínicos de Mal Pronóstico
Sexo	Mujer	Varón
Edad de inicio*	Edad de inicio más joven	Edad de inicio más tardío
Forma clínica	Recurrente-Remitente	Primaria-Progresiva
Síntomas de inicio	Sensitivo, neuritis óptica Unirregional	Piramidal, cerebeloso Polirregional
Signos tras el primer brote	No secuelas tras 1.º brote	Secuelas tras 1.º brote
Número de brotes	Escaso número de brotes en los primeros 2 años	Elevado número de brotes en los primeros 2 años

Fuente: Ministerio de sanidad, servicios sociales y sanidad. (2)

Esta enfermedad se suele manifestar en adultos jóvenes con una media de edad de 34,9 años y predominan las mujeres sobre los hombres (es muy poco frecuente que aparezca antes de los 10 y después de los 60 años). La predisposición genética (puede afectar hasta familiares de tercer grado) y los agentes ambientales (infección por virus de Epstein-Barr VEB, el tabaco y la vitamina D/luz ultravioleta), hacen que la EM aparezca y evolucione en los individuos. Por otro lado, es el motivo más común de discapacidad después de los accidentes de tráfico.

2.2 Diagnóstico de la enfermedad

El diagnóstico de la EM es clínico, aunque cada vez son más importantes las pruebas complementarias como la resonancia magnética, el análisis de líquido cefalorraquídeo y los potenciales evocados. Además de los resultados de estas pruebas diagnósticas también se tiene en cuenta el descarte de otras enfermedades. (2)

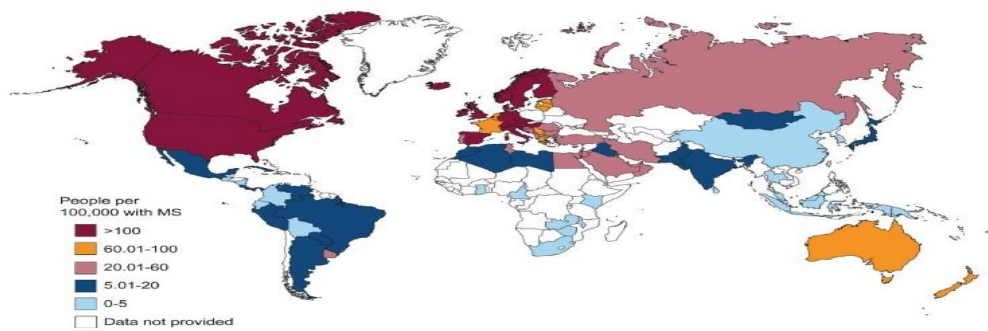
2.3 Prevalencia e incidencia

Como indica el atlas mundial de la EM, “afecta a 2,3 millones de personas en el mundo, el sexo femenino tiene el doble de posibilidades de padecer EM. Hasta un 5% lo desarrollan antes de los dieciocho años. La incidencia en España es de 4/100.000 habitantes-año y la prevalencia de 100/100.000 habitantes.

La prevalencia global es de 33/100.000 habitantes.

Como podemos apreciar en la imagen, los lugares más afectados son Norte América, España, Europa del este, Reino Unido y el Norte de Europa con más de 100/100.000 habitantes. Seguidamente, hay países como Francia, Australia, Países Bajos, Bélgica, Serbia, Albania y Grecia con una prevalencia de 60-100/100.000 habitantes. Por otro lado con 20-60/100.000 habitantes están Rusia, Portugal y algunos países del Norte de África. Por debajo, encontramos a los países de Centro y Sur América, Norte de África (Argelia, Marruecos y Libia), Mongolia, India y Pakistán con una cifra de 5-20/100.000 habitantes. Por último, se observa que parte del continente asiático, Colombia, Ecuador, y algunos países del Centro y el Sur de África tienen una prevalencia de 0-5/100.000 habitantes. (5)

Figura nº4: Prevalencia global de la Esclerosis Múltiple



Fuente: Multiple sclerosis international federation. (5)

2.4 Mortalidad

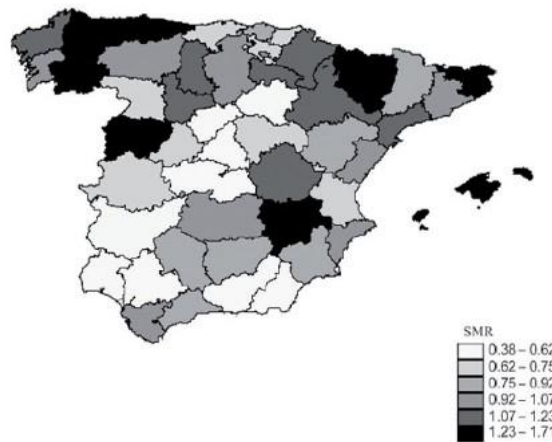
La EM reduce la esperanza de vida de las personas que la sufren. Los factores que intervienen son muy variables y depende de la tasa de brotes, el tiempo de evolución de la enfermedad, la actividad inflamatoria y la neurodegeneración.

En España, la tasa de mortalidad varía entre 0,3 y 1,8 en las diferentes regiones. Se ha calculado que la supervivencia media desde el inicio de la enfermedad es de 22,4. La causa es la propia enfermedad en el 64% de los casos y suele ser por sepsis o infección respiratoria.

Por otro lado, también hay diferencias entre regiones del norte y del sur, se ha contemplado que esto se puede deber a los factores como por ejemplo la luz ultravioleta. (2)

Figura nº5: Tasa de mortalidad anual de la Esclerosis Múltiple en España.

(SMR= Tasa de mortalidad)



Fuente: Ministerio de sanidad, servicios sociales y sanidad. (2)

2.5 Cuidados de enfermería

Durante las diferentes etapas de la enfermedad, enfermería realizará diferentes cuidados a la persona con EM según su estado:

Durante la etapa inicial, los cuidados irán dirigidos tanto a los factores psicológicos como a los físicos por partes iguales. El paciente acaba de ser diagnosticado y se encuentra ante una situación totalmente distinta y nueva para él. En este momento, enfermería creará un ambiente de confianza, ayudará al paciente a aceptar la situación poco a poco y propondrá una serie de intervenciones para aliviar los síntomas más frecuentes de esta etapa como pueden ser la disfagia, las alteraciones visuales y la pérdida de sensibilidad.

En las etapas más avanzadas, los cuidados irán dirigidos a las secuelas producidas por la degeneración cognitiva, dolor, fatiga, pérdida de funcionalidad, etc. En el caso de que el paciente pierda funcionalidad enfermería tendrá en cuenta la posibilidad de la aparición de las UPP, en cuanto a la fatiga se recomendará realizar pequeñas actividades a lo largo del día con periodos de descanso, en cuanto al dolor además de tomar la medicación también será recomendable la aplicación de calor para la relajación de los músculos. La rehabilitación y fisioterapia se recomendará a los pacientes con algún deterioro cognitivo.

3. OBJETIVOS

A continuación, se van a exponer los objetivos que se pretenden cumplir en este trabajo:

Objetivos generales

- Plantear un plan de cuidados para personas con Esclerosis Múltiple.

Objetivos específicos

- Conocer las características de la Esclerosis Múltiple.
- Identificar el rol de enfermería dentro del equipo.

4. METODOLOGÍA

Se realiza una revisión de la literatura en las bases de datos “SCIELO”, “MEDLINE”, “GOOGLE ACADÉMICO”, “PUBMED” y “LILACS”. para extraer la información más relevante relacionada con la enfermedad y los cuidados requeridos. A continuación, se realiza una propuesta de plan de cuidados con evidencia científica y prescripción temporal (2014-2020).

4.1. Estrategia de búsqueda

Para conseguir la información necesaria, se han utilizado las siguientes palabras clave: “Esclerosis Múltiple”, “Enfermería”, “Cuidados de enfermería”, “Signos y Síntomas”. Además, se utilizaron filtros para acotar el año de publicación (2014-2020) y el idioma, en este caso inglés, español y portugués.

Durante la búsqueda se escogieron los documentos cuya información era relevante para poder llevar a cabo este estudio.

5. RESULTADOS

Tras realizar la estrategia búsqueda descrita en el apartado anterior, se escogen varios documentos (artículos, guías, etc) los cuales nos orientarán para desarrollar el plan de cuidados de enfermería que se propone.

5.1. Documentos seleccionados

Tabla n°2: Documentos seleccionados

Documentos seleccionados	Año de publicación
Nursing in Multiple Sclerosis	2017
Factores pronósticos de la Esclerosis Múltiple	2018

Documentos seleccionados	Año de publicación
Cuidados de enfermería y redes de apoyo en pacientes con Esclerosis Múltiple	2016
Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales	2014
Profile of nursing diagnoses in patients with multiple sclerosis: a cross-sectional study	2016
Functional and self-care capacity of people with multiple sclerosis	2019

5.2. Información extraída de las guías

Respecto a las actividades realizadas por profesionales de enfermería. Con carácter general:

- **Educación terapéutica (ET):** para que la persona con EM pueda adaptarse y manejar los cambios y síntomas físicos, psicológicos y emocionales que van a experimentar.
- **Acompañamiento psicosocial:** ya que esta dimensión se va a ver modificada por la enfermedad (vida laboral, relaciones familiares...). Facilitar grupos sociales relacionados con la enfermedad como federaciones, asociaciones o redes de pacientes cercanas para así hacerle partícipe del proceso de cuidado.

Enfermería ofrecerá una atención holística centrada en la persona desde el primer momento en el que la persona con EM es diagnosticado. Esta atención se podrá conseguir con la formación de un equipo interdisciplinar formado por: médico/a, enfermería, trabajo social y psicólogo/a

En estos equipos se realizan visitas a las personas con EM conjuntas e individuales y tienen reuniones frecuentes para confeccionar el plan terapéutico.

Como se ha descrito anteriormente, la EM es una enfermedad crónica y progresiva que puede llegar a ser invalidante, por lo que la persona con EM necesita una formación específica para satisfacer las necesidades que pueda presentar alteradas.

En este tipo de enfermedad es muy importante la adherencia terapéutica por lo que, durante el seguimiento, enfermería realizará intervenciones en la que se pueda reconocer como está cambiando el estilo de vida de la persona con EM a través de las recomendaciones que recibe del equipo de salud y su red de apoyo. Si las conductas que la persona con EM lleva a cabo en su día a día no van a ser seguras para su salud,

enfermería realizará intervenciones de EPS que posibiliten el cambio de estas conductas. No se podrá conseguir adherencia terapéutica sin la previa aceptación del diagnóstico de la enfermedad. Este proceso suele tardar un tiempo ya que está compuesto por cinco etapas:

1. Etapa de negación
2. Etapa de ira o enfado
3. Etapa de negociación
4. Etapa de depresión
5. Etapa de aceptación

El acompañamiento psicológico y emocional para que dicho programa de educación para la salud resulte exitoso (de manera flexible y en continua revisión y adaptación centrado en la persona).

Otro punto importante en ET, es que por un lado enfermería forme parte de las asociaciones de pacientes para ofrecer recomendaciones e indicaciones de salud y acompañar en el autocuidado, o por otro lado no formar parte de ellas y reforzar la actividad que en ellas hacen de manera externa. El contacto directo con el paciente es muy importante porque gracias a esto el profesional podrá identificar nuevas necesidades sociales y así dar respuesta a ellas.

Enfermería creará y facilitará grupos GAM (grupos de apoyo mutuo) de personas con EM para que así se forme una nueva red de apoyo en la que se sienta cómoda y participe en su proceso de cuidados y en el de las demás personas que componen el grupo. (6)

Las diferentes maneras en las que la enfermedad se puede presentar hacen que cada persona la sobrelleve de forma distinta, debido a esto es muy importante que enfermería no generalice en la elaboración del plan de cuidados. Enfermería lo elaborará individualizándolo y adaptándolo a las necesidades personales y del entorno de la persona. Por esto, es importante que enfermería conozca a la persona que está tratando, a su familia y entorno para así detectar carencias y establecer un plan de cuidados específico.

Como se ha comentado anteriormente, la EM tiene diferentes maneras de manifestarse y algunas ocasiones pueden afectar gravemente con lesiones y secuelas neurológicas. Las personas que presentan estas lesiones y secuelas necesitarán un mayor seguimiento por parte del equipo sanitario, y será con enfermería con quien va a tener más contacto. Debido a esto, la consulta de enfermería será el lugar más idóneo para establecer una

relación de confianza con la persona que sufre EM y sus familiares así crear un clima de confianza.

La confianza va a permitir que el paciente y sus familiares muestren sus preocupaciones, miedos y frustraciones para así detectar los problemas a tiempo y poder solventarlos.

Cabe destacar que la clínica de la EM afecta a un gran número de regiones corporales y es muy compleja. Se debe a las lesiones localizadas en la sustancia blanca y gris del SNC así como los diferentes mecanismos inflamatorios y neurodegenerativos implicados.

5.3 Plan de cuidados

5.3.1 Evaluación

Al inicio de la enfermedad se realizarán evaluaciones cada dos meses y cuando la enfermedad esté en un estado avanzado se llevarán a cabo cada semana. Estos intervalos de tiempo podrán ser modificados según como se desarrolle la enfermedad.

Herramientas que se van a utilizar a lo largo del proceso:

- **La tipología de las necesidades de Virginia Henderson:** con ella enfermería podrá valorar las ABVD. Enfermería llevará a cabo esta valoración cada cinco meses. En la etapa inicial no se verá alterada ninguna necesidad, pero en las etapas más avanzadas se verán afectadas varias de ellas y a la paciente le resultará muy difícil realizar las ABVD. (Véase anexo 1)
- **Escala EVA:** para evaluar el dolor. (Véase anexo 2)
- **Escala de Goldberg:** valoración de la ansiedad y la depresión. (Véase anexo 3)
- **Cuestionario de Apgar familiar:** su resultado nos muestra cómo perciben los miembros de una familia el funcionamiento de la unidad familiar. (Véase anexo 4)
- **Escala Braden:** es útil para las personas que llegan a la fase de la enfermedad en la que la movilidad es muy reducida y hay riesgo de que se desarrollen úlceras por presión (UPP). Esta herramienta se utilizará cuando la enfermedad avance y el deterioro cognitivo ocasione la inmovilidad del paciente

Además de las escalas nombradas anteriormente, en la persona con EM enfermería llevará a cabo una evaluación física en la que se atenderá a: la marcha y el equilibrio: se evaluará mediante la escala de Tinetti y los cambios en la fuerza y sensibilidad muscular: por un lado, el paciente sujetará los dedos del profesional y los apretará lo más fuerte que

pueda. También se colocará una mano sobre el antebrazo o la pierna del paciente en contra de la resistencia. (7)

Es muy importante que la valoración se realice de forma correcta ya que de esto va a depender que el cuidado sea el idóneo para cada paciente. Posteriormente, se valorarán o reevaluarán estos cuidados y con los resultados se podrán mejorar las intervenciones que estemos realizando.

5.4 Desarrollo del plan de cuidados

5.4.1 Presentación del caso

Mujer de 35 años acude a la consulta de enfermería tras recibir el diagnóstico de esclerosis múltiple. Hace cuatro meses que le diagnosticaron la enfermedad y le comenta a enfermería que todavía no se hace a la idea de que ella tenga EM. Vive con su marido e hijo de tres años. Estudió hasta bachiller pero no realizó estudios superiores. Trabajaba como dependienta pero lo tuvo que dejar debido a la enfermedad. Tanto su marido con su familia la apoyan y están dispuestos a involucrarse en su cuidado.

5.4.2 Elaboración del plan de cuidados

El plan de cuidados estará compuesto por diferentes visitas a la consulta de enfermería en las que se valorará el estado de la paciente y los avances que ha conseguido tras la prescripción de cuidados del profesional.

El plan consta de un total de visitas programadas que se realizan desde atención primaria de salud. Se inician con el diagnóstico de la enfermedad y continúan mientras dure el proceso.

5.5 Primera visita

En la primera visita se preguntará por los datos personales de la paciente.

- **Antecedentes familiares:** la paciente no tiene familiares que tengan o hayan tenido esta enfermedad o alguna de tipo neurodegenerativo.
- **Antecedentes personales:** no alergias conocidas, no hábitos tóxicos, una cirugía (cesárea) en mayo de 2015, toda la medicación que toma es para la EM.
- **Exploración física:**
 - 160 cm y 70 kg. IMC: 27,5 que indica sobrepeso.
 - Normotensa: TAS-130 mmHg TAD-85 mmHg.
 - Normoglucemia: 100 mg/dl postprandial.

- El resultado de la analítica realizada recientemente sin alteraciones.

Además, se realizará una valoración completa mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson. Durante esta valoración la paciente comenta que al realizar actividades como subir escaleras, hacer la compra o limpiar aparece la fatiga y siente un cansancio extremo (Sat. O₂ en la consulta: 97% y 15 resp/min). Hasta el momento no ha tenido problemas para deglutir. Su dieta se basa en comidas de bote, precocinadas o compradas de sitios de comidas para llevar, dice no elaborar comidas en casa porque durante la semana come sola y le resulta más fácil y menos cansado. Por otro lado, la ingesta de líquidos es escasa calcula no beber más de ½ litro/día. Además de la fatiga, la paciente se angustia porque siente que no ayuda en casa debido al dolor que padece en las manos y las piernas. Aun así, nos dice que lleva a cabo gran parte de las tareas. Cuando le preguntamos por la eliminación nos dice que le cuesta mucho defecar (defeca una vez a la semana, la consistencia es normal). Respecto al sueño, refiere que duerme a intervalo durante toda la noche (duerme 4 h/día). La paciente no hace ejercicio regularmente (refiere que siempre se siente muy cansada y sin fuerzas para realizarlo). La única actividad que realiza son los estiramientos recomendados en rehabilitación. La adherencia al tratamiento es óptima (toma la medicación regularmente según la prescripción del médico). En cuanto al estado de ánimo, la paciente dice sentirse más irritable y nerviosa que hace unos meses.

A lo largo de toda la entrevista, muestra en numerosas ocasiones su preocupación por llegar a un momento en el que la enfermedad no le permita cuidar de su hijo y realizar las ABVD.

Una vez realizada la valoración de las ABVD utilizando como herramienta la tipología de las necesidades de Virginia Henderson, se evalúan otros problemas mediante las siguientes escalas:

- **Escala EVA:** 8 puntos (dolor intenso).
- **Escala de Goldberg:** Ansiedad > 4 (6 puntos) Depresión > 3 (2 puntos). Con estos resultados, se afirma que la paciente sufre ansiedad.
- **Apgar familiar:** 17 puntos (normal).

Tas la valoración, enfermería establecerá los diagnósticos principales y así realizar las intervenciones correctas en el caso de esta paciente.

Tabla n°3: Planificación de cuidados (8) (9) (10)

Diagnósticos	Objetivos	Actividades
Ansiedad 6 puntos	Disminución de la ansiedad (<4 puntos en la escala de Goldberg)	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relajación (una vez al día): entregar un folleto con los pasos a seguir para llevarlas a cabo. Haremos una demostración con la paciente para que la pueda llevar a cabo en casa. - Comprobar a los 2 días si ha comprendido como realizar las técnicas. <p>Citar una semana después.</p>
Insomnio Duerme 4 h/día	Mejorar la cantidad y calidad del sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir con la paciente aspectos relacionados con la higiene del sueño, de acuerdo con el protocolo de la unidad. - Revisar la prescripción: la paciente toma loracepam, le recomendamos que se lo tome 30 min antes de dormir. <p>Evaluar una semana después.</p>
Dolor EVA: 8 puntos.	Disminuir el dolor a menos 4 en la escala EVA	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar con la paciente los factores que alivian o empeoran el dolor. - Revisar la prescripción y la adherencia al tratamiento. - Explicar la acción y los efectos secundarios de los medicamentos como pueden ser: náuseas, vómitos, somnolencia. <p>Evaluar una semana después.</p>
Estreñimiento 2 deposiciones /semana	Eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendar la ingesta de líquidos: un litro o más al día - Introducir fibra en la dieta: todos los días: entregar folleto con los alimentos que contiene fibra. - Ejercicio moderado como andar o nadar: una vez al día durante 1h. - Masajes abdominales: realizar un masaje en la primera visita para explicar la técnica. A los dos días realizar otro para enseñar a la paciente. <p>Evaluar una semana después.</p>
Fatiga de esfuerzo Al realizar actividades físicas	Realización de menos actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendar descansos cada dos horas. - Identificar los momentos en los que aparece la fatiga. <p>Evaluar una semana después.</p>
Sobrepeso IMC: 27,5	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución del peso - Dieta saludable 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda para disminuir el peso: dieta + ejercicio. - Recomendar el ejercicio diario (dentro de las posibilidades de la paciente). - Animar a la paciente a que lleve una dieta saludable. <p>Evaluar una semana después.</p>

5.6 Segunda visita

Esta cita se llevará a cabo una semana después. El objetivo es conocer los avances y problemas que la paciente ha tenido en cuanto a las actividades recomendadas en la visita anterior.

Enfermería volverá a realizar una valoración que nos permita saber la evolución de la paciente.

- Ansiedad: escala de Goldberg 5 puntos (ansiedad).
- Insomnio: duerme 5 h /día.
- Dolor: escala EVA 5 puntos (dolor moderado).
- Deposiciones: cuatro a la semana
- Fatiga de esfuerzo: según nos cuenta la paciente, la fatiga ha disminuido considerablemente.
- Sobrepeso: la paciente ha bajado de peso (69 kg), hasta el momento cumple con la dieta y el ejercicio.

Tabla nº4: Planificación de cuidados (8) (9) (10)

Diagnósticos	Objetivos	Actividades
Ansiedad 1 punto > 4	Disminución de la ansiedad (<4 puntos en la escala de Goldberg)	- Técnicas de relajación (una vez al día): seguir con las mismas técnicas utilizadas hasta ahora. Evaluar en dos semanas
Insomnio Duerme 5 h/día	Mejorar la cantidad y calidad del sueño	- Repasar con la paciente las actividades recomendadas y así reforzarlas. - Asegurarnos de que se toma la medicación adecuadamente. Evaluar en dos semanas
Dolor EVA: 7 puntos.	Disminuir el dolor a menos 4 en la escala EVA	- Repasar con la paciente los factores que alivian o empeoran el dolor. - Asegurar una buena adherencia al tratamiento. Evaluar en dos semanas
Fatiga de esfuerzo Al realizar actividades físicas	Realización de menos actividades. Como pueden ser las tareas del hogar	- Recomendar descansos cada dos horas. Evaluar en dos semanas
Sobrepeso IMC: 27	- Disminución del peso - Dieta saludable	- Ayuda para disminuir el peso: dieta + ejercicio. - Recomendar el ejercicio diario (caminar una h/día). - Dieta saludable

Diagnósticos	Objetivos	Actividades
		Evaluar en dos semanas

La siguiente visita se concertará dos semanas después, aunque la paciente recibirá llamadas de enfermería una vez por semana.

Siempre habrá que recordar a la paciente que si en algún momento necesita hablar con enfermería no dude llamar.

5.7 Tercera visita

Además de evaluar el progreso, en esta visita enfermería planteará a la paciente la posibilidad de la autoadministración del tratamiento.

Evaluación:

- Ansiedad: escala de Goldberg 3 puntos.
- Insomnio: duerme 7 h /día.
- Dolor: escala EVA 5 puntos (dolor moderado).
- Fatiga de esfuerzo: siguiendo las recomendaciones de las visitas anteriores, la fatiga ha desaparecido salvo en momentos muy puntuales.
- Sobrepeso: la paciente ha bajado de peso (66 kg), hasta el momento cumple con la dieta y el ejercicio.

Tabla nº5: Planificación de cuidados (8) (9) (10)

Diagnósticos	Objetivos	Actividades
Dolor EVA: 5 puntos.	Disminuir el dolor a menos 4 en la escala EVA	- Seguir con las actividades realizadas hasta el momento. Evaluar en visitas sucesivas
Sobrepeso IMC: 25,8	-Disminución del peso -Dieta saludable	- Ayuda para disminuir el peso: dieta + ejercicio. - Recomendar el ejercicio diario (caminar una h/día). - Dieta saludable Evaluar en visitas sucesivas

En las visitas sucesivas se seguirá valorando si la paciente ha bajado de peso. Cuando el IMC sea menor de 24,9 enfermería recomendará una dieta de mantenimiento para evitar que la paciente vuelva a subir de peso.

Tabla n°6: Beneficios de la autonomía del paciente

Beneficios de fomentar la autonomía de la paciente
<ul style="list-style-type: none"> - Detección y resolución de la ansiedad mediante las técnicas recomendadas. - Conseguir un buen manejo del dolor mediante la adherencia del tratamiento. - Detección del estreñimiento a través de las pautas de enfermería. - Control de la fatiga de esfuerzo gracias a la educación sobre la misma y como poder aliviarla llevado a cabo por enfermería. - Autoadministración del tratamiento, cuyos objetivos son la participación de la paciente en su tratamiento y la autonomía (disminución del número de visitas al centro de salud).

Gran parte del tratamiento que se pauta para la EM se administra por vía parenteral por lo que, además de lo comentado anteriormente, enfermería planteará la posibilidad de llevar a cabo la autoadministración del tratamiento y así tener más autonomía. Para esto, la paciente acudirá a la siguiente visita con un familiar para que ambos reciban estas sesiones educativas, con estas sesiones conseguiremos un mejor manejo de la enfermedad y del tratamiento por parte de la paciente y su entorno.

5.8 Cuarta visita

La paciente acude a la consulta con su marido para poder realizar una sesión educativa para la autoadministración del tratamiento.

La gran mayoría de tratamientos se administran por vía parenteral, por lo que enfermería guiará y solventará cualquier duda al respecto mediante sesiones educativas y/o de apoyo. Con estas intervenciones conseguiremos un mejor manejo de las situaciones que se puedan presentar fuera de la consulta ya que según un estudio de la revista latinoamericana de enfermería la mayor parte de las personas que sufren EM lleva a cabo el autocuidado. (11)

El profesional explicará los siguientes puntos clave:

Tabla n°7: Instrucciones para la administración de medicación por vía parenteral.

Precauciones	Ventajas	Preparación	Zonas de punción
El sitio de punción no debe ser una zona inflamada o con heridas	Se disminuirán las visitas a la consulta de enfermería: Autonomía	Higiene de manos	Intramuscular: -Brazo - Glúteo -Muslo Ángulo de punción de 90°

Precauciones	Ventajas	Preparación	Zonas de punción
Se debe establecer una rotación de los sitios de punción	La paciente sentirá que la hacen partícipe de sus cuidados por lo que habrá una mayor implicación por su parte	Material: gasas, jeringa, aguja, fármaco, diluyente (si es necesario), antiséptico	Subcutánea: -Cara posterior del brazo -Cara anterior del muslo -Zona periumbilical -Zona subescapular Ángulo de punción 43° con el bisel hacia arriba cogiendo un pliegue en la piel
Según la forma de administración (IM, SC, ID) el ángulo de punción será diferente		Advertir que una vez el medicamento esté diluido se debe administrar en un espacio corto de tiempo	Intradérmica: Ángulo de punción entre 5-15° con el bisel hacia arriba
No es recomendable mezclar dos fármacos en una misma jeringa		Desinfectar la zona de punción antes de administrar el medicamento	

Tras el taller educativo, el familiar o la propia paciente administrará la medicación junto con enfermería para que cuando tengan que hacerlo en casa les resulte más sencillo. Por último, enfermería les informará de que pueden llamar a su consulta ante cualquier duda.

5.9 Visitas sucesivas

Las visitas semanales pasarán a ser cada tres semanas, aunque enfermería llamará a la paciente y/o su familiar una vez a la semana y así comprobar la adherencia al tratamiento y control de síntomas además de cómo está interviniendo la enfermedad en el día a día de la persona y su familiar/cuidador. Enfermería revalorará el estado de la paciente con ayuda de las escalas utilizadas anteriormente en cada visita programada (cada tres semanas) excepto si la paciente nos comunica que ha empeorado (se evaluará en el momento).

Durante estas visitas se valorará si los cuidados domiciliarios son suficientes para el control de los síntomas o si en cambio es necesaria la hospitalización de la paciente para llevar a cabo unos cuidados más especializados.

Debido a que esta enfermedad se caracteriza por ser inestable, en muchas ocasiones puede parecer que el tratamiento no está haciendo su efecto. Esto puede llevar a la persona que sufre EM a la frustración y seguidamente a querer abandonar. Enfermería tendrá que darse cuenta de estas situaciones. Será muy importante la escucha activa por parte e intentar que comprendan la importancia del cumplimiento del tratamiento, así como seguir las pautas que han recibido del equipo interdisciplinar para conseguir una adecuada adherencia al tratamiento. El deterioro cognitivo aparecerá poco a poco por lo que serán necesarias nuevas actividades como la rehabilitación si hay pérdida de movilidad, ejercicios para la memoria si esta se ve afectada, etc.

Además de tratar a la persona con EM, enfermería también educará y ofrecerá a la familia/cuidador orientación sobre grupos de apoyo en los que compartirán sus experiencias con personas en su misma situación y alentar a que mantengan sus actividades de ocio. (4)

6. DISCUSIÓN

Una vez realizada la revisión de toda la literatura encontrada en las distintas bases de datos mencionadas en el apartado de metodología, no ha sido posible encontrar un plan de cuidados dirigido a personas que sufren esclerosis múltiple, pero si, guías de practica que han aportado información para construir el plan que presentamos.

Los idiomas que predominan en los documentos encontrados son el inglés y el español. Los estudios utilizados son descriptivos dirigidos a las características de la enfermedad y los cuidados necesarios para los pacientes, aunque no se han encontrado en ninguno de ellos un plan de cuidados de enfermería para las personas que sufren EM.

Los datos demográficos demuestran que esta enfermedad en mayor o menor medida afecta a muchos países y España es uno de los perjudicados con una cifra de casos elevada.

7. CONCLUSIÓN

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad compleja que afecta a un número importante de personas. Por esta razón, los objetivos de este trabajo han sido investigar sobre esta enfermedad y realizar un plan de cuidados para las personas que la sufren.

La EM es una enfermedad que en mayor o menor medida se encuentra en todos los países del mundo. Aunque no se conocen las causas por la que se manifiesta existen unos

factores de riesgo como la predisposición genética o los agentes ambientales (tabaco, falta de Vit. D, etc).

La media de edad en la que suele aparecer es de 35 años y las mujeres tienen más posibilidades de padecerla. Es una enfermedad compleja, los brotes hacen que sea inestable y debido al elevado número de síntomas que padecen es necesario la intervención de un equipo interdisciplinar.

Es muy importante que los cuidados de enfermería sean individualizados ya que la enfermedad actúa de manera diferente en cada persona. El personal de enfermería realizará un plan de cuidados en el que se ofrecerán cuidados, apoyo emocional, social y educativo para que los pacientes lleven a cabo el autocuidado y tengan mayor autonomía. De esta manera se pretende cubrir las necesidades de la persona que sufre EM.

Lo más importante de este plan de cuidados es conseguir la adherencia al tratamiento, el control de los síntomas y una buena calidad de vida para el paciente.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bravo F, Álvarez A. Esclerosis múltiple, pérdida de funcionalidad y género. Gac Sanit. 1 de marzo de 2019;33(2):177-84.
2. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2016 p. 84-97. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf
3. Valdés, R. Conocer la esclerosis múltiple [Internet]. Federeación de asociaciones de esclerosis múltiple de Andalucía; [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://aedem.org/publicaciones/gu%C3%Adas-y-manuales>.
4. Peralta G, Javier F. Enfermería en la Esclerosis Múltiple. Nursing in Multiple Sclerosis [Internet]. 20 de junio de 2017; Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/11712>
5. Browne P, Chandraratna D, Angood C, Tremlett H, Baker C, Taylor BV, et al. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity. Neurology. 9 de septiembre de 2014;83(11):1022-4.
6. Correa E.P, Jácome E, Torres G, Masabanda L, Baño G, Altamirano M.J, Santos D, Caiza F, Ortega A, Paredes V, García M.A, Guillén F. Factores pronósticos de la esclerosis múltiple. Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 27, N°1, 2018.
7. Andrade Andrade I. Cuidado de Enfermería y redes de apoyo en pacientes con Esclerosis Múltiple. Index Enferm. junio de 2016;25(1-2):119-20.
8. Vallés M.p, Casado N, García I, Manzanas A, Sánchez L. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. Sociedad española de cuidados paliativos, Ed. Secpal, 2014.
9. Costa TMS, Souza Neto VL, Domingos MMC, Silva BCO, Rodrigues IDC, Silva RAR. A Profile of nursing diagnoses in patients with multiple sclerosis: a cross-sectional study. Online braz j nurs [internet] 2016 Sept [cited year month day]; 15 (3):433-442.
10. NANDA [Internet]. NNNconsult. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/nanda>
11. Oliveira A.R, Bezutti L.M, Lino J, Gaspario R.C. Functional and self-care capacity of people with multiple sclerosis. Rev. Lat-Am Enfermagem 2019.

12. Hernández C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera [Internet]. 2016. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFGH439.pdf;jsessionid=9B56195785433F8E833C270D57D475B5?sequence=1>
13. Escala EVA de dolor [Internet]. Tratamientoictus.com. 2018 [citado 22 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.tratamientoictus.com/escala-eva-de-dolor-2/>
14. Leturia F.J, Yanguas J.J, Arriola E, Uriarte A. La valoración de las personas mayores: evaluar ara conocer, conocer para intervenir. Ed. Cáritas, 2001.
15. Suarez M.A, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar una disfunción cerebral. Rev Med La Paz, 20(1); Enero - Junio 2014.
16. Escala Braden [Internet]. Enfermería hsjda. 2014 [citado 22 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://enfermeriahsjda.wordpress.com/2014/03/25/valoracion-del-riesgo-de-upp/escala-braden/>

9. ANEXOS

10.1 Anexo 1

Necesidades de Virginia Henderson

Respirar normalmente.

Comer y beber de forma adecuada.

Eliminar los desechos corporales.

Moverse y mantener una postura adecuada.

Dormir y descansar.

Elegir la ropa adecuada.

Mantener la temperatura corporal.

Mantener la higiene corporal.

Evitar los peligros del entorno.

Comunicarse con los demás.

Actuar con arreglo a la propia fé.

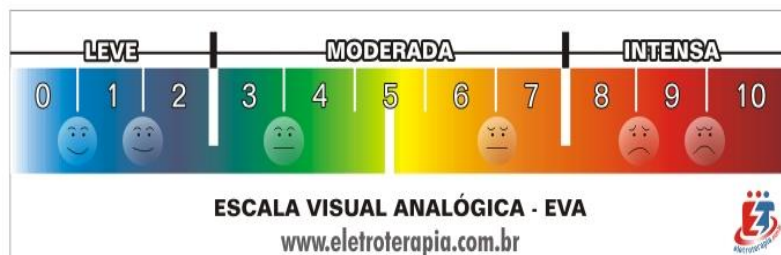
Trabajar para sentirse realizado.

Participar en diversas formas de entretenimiento.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad. (12)

10.2 Anexo 2

Figura n° 6: Escala Eva de dolor



Fuente: Escala Eva de Dolor. (13)

10.3 Anexo 3

Figura n°7: Escala Goldberg

<p>SUBESCALA DE ANSIEDAD</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?3. ¿Se ha sentido muy irritable?4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)8. ¿Ha estado preocupado por su salud?9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? <p>TOTAL ANSIEDAD: > 4 <input type="text"/></p>
<p>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha sentido con poca energía?2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? <p>TOTAL DEPRESIÓN: > 3 <input type="text"/></p>
<p>La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.</p>

Fuente: Leturia F.J, Yanguas J.J, Arriola E, Uriarte A. (14)

10.4 Anexo 4

Figura n° 8: Cuestionario de Apgar familiar

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

Fuente: Suarez M.A, Alcalá M. (15)

Cada respuesta tiene una puntuación que será entre 0 y 4 puntos según la siguiente clasificación.

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

La interpretación de la puntuación será:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 13-16 puntos
- Disfunción moderada: 10-12 puntos
- Disfunción severa: menos o igual a 9. (15)

10.5 Anexo 5

Figura n° 9: Escala Branden

ESCALA BRANDEN	PUNTOS	1	2	3	4
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sabanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sabanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sabanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12		
		RIESGO MODERADO	≤14		
		RIESGO BAJO	≤16		

Fuente: Escala Branden (16)